INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y EDAD GESTACIONAL: RAZONES Y VENTAJAS DE UN MARCO LEGAL GARANTISTA

DOCUMENTO DE POSICIÓN

GRUPO MÉDICO POR EL DERECHO A DECIDIR

Global Doctors for Choice /Colombia

Equipo de trabajo: María Paula Houghton (autora principal), Laura Gil y Ana Cristina González Vélez.

Consideraciones generales

Se estima que en el mundo se interrumpen voluntariamente 42 millones de embarazos al año (1). En Colombia se estima que suceden cerca de 400.400 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) al año, según datos de 2008 (2), de los cuales solo entre el 0.6 y el 2% se realizan en la legalidad. Sin embargo, todavía existe subregistro de quienes accedieron al servicio en el marco de las tres causales pero no lo notificaron. La mayoría de estas IVE suceden en el primer trimestre y las cifras a nivel mundial confirman que sólo entre 10% y 15% suceden más allá del primer trimestre, con un 2% que ocurre más allá de las veinte semanas de edad gestacional (3) (4). Según esos datos, en Colombia se estarían realizando al año 40.000 IVE luego del primer trimestre y 8.000 mil luego de la semana veinte.

Se estima que 89 de cada mil colombianas tiene un embarazo no planeado por año. 44% de ellos terminarían en interrupción voluntaria, con una tasa anual de 39 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva. El sistema de salud atiende 93.000 mujeres al año por complicaciones de IVE en su mayoría evitables con prácticas seguras. Además de la afectación de la vida y la salud de la mujer, se evidencia un desperdicio de los recursos públicos en la atención de estas complicaciones (2).

Aunque las IVE tardía son una minoría respecto a las de primer trimestre, representan una carga desproporcionada de morbilidad y mortalidad maternas cuando se realizan en condiciones inseguras (5), es decir, en contextos con leyes restrictivas o en los que las barreras impiden el acceso oportuno y seguro, como sucede en muchos casos en Colombia. La IVE segura, incluso después del primer trimestre, es un procedimiento con menores riesgos para la mujer que la continuación del embarazo hasta el término, lo que desmiente el mito de que una IVE después de cierta edad gestacional representa mayores riesgos que el parto o cesárea a término, pues esto solo es cierto cuando se trata de condiciones inseguras (6) (7) (8).

Colombia tiene una de las tasas más altas de embarazo no deseado del mundo (9) y un porcentaje de complicaciones por aborto inseguro del 33%, que asciende al 53% en mujeres de áreas rurales. Adicionalmente, hay grupos de mujeres vulnerables que

enfrentan con mayor frecuencia la problemática del embarazo no deseado como son las adolescentes y adultas jóvenes, las mujeres en situación de desplazamiento forzado y, en general, las víctimas de violencia. Bogotá tiende a concentrar el mayor número de casos de IVE, lo cual puede explicarse, en parte, por la mayor concentración de población en la ciudad, que actúa como receptora de las víctimas de desplazamiento, al igual que por condiciones relacionadas con mejor acceso a métodos como el Misoprostol, la ayuda médica y la información (2).

Con respecto a las complicaciones, la mayoría de ellas se relaciona con interrupciones tardías ya que el uso del Misoprostol ha disminuido dramáticamente las complicaciones asociadas a la IVE de primer trimestre aun cuando se realice clandestinamente. Por esta razón, el acceso a la IVE segura en el segundo trimestre es indispensable para que su implementación, bajo las causales establecidas, tenga un verdadero impacto en la salud pública al disminuir la enfermedad y la muerte entre las mujeres que solicitan un aborto.

Las barreras de acceso aumentan con la edad gestacional, como lo demuestra un estudio que comparó solicitantes de primer y segundo trimestre. De las mujeres que solicitaron una IVE después de las doce semanas, 81% reportaron al menos una barrera en comparación con un 49% entre quienes la solicitaron en el primer trimestre (10). Estas cifras podrían ser mayores si se tiene en cuenta que el estudio se centra solo en las mujeres que lograron elevar oficialmente una solicitud de IVE, pero no permite conocer la situación de quienes por falta de información o acceso llegaron a sitios clandestinos o se vieron forzadas a continuar el embarazo. En general, podría decirse se está ante una situación de negación generalizada de los servicios por encima de las veinte semanas cuando no hay riesgo inminente para la vida. De esto dan cuenta las cifras de los escasos 322 IVE legales reportadas en 2008.

Las barreras pueden diferenciarse por niveles y, generalmente, incluyen tanto desconocimiento como ausencia de mecanismos para la aplicación correcta de las causales. Según el nivel, las barreras pueden resumirse así:

- Trabajadores de la salud: desconocimiento de las rutas de atención y falsa creencia en que la ausencia de límites de edad gestacional es un vacío legal; abuso de la objeción de conciencia; falta de entrenamiento técnico y formación profesional con modelo paternalista y con enfoque biologista que reduce la salud a la ausencia de enfermedad y al riesgo de muerte y desconoce otras dimensiones de la vida humana que determinan un estado completo de bienestar.

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): ausencia de protocolos y de capacitación; alta rotación del recurso humano; barreras culturales y religiosas (objeción de conciencia "institucional", discriminación a profesionales que están

dispuestos a prestar el servicio, etc.); fijación de límites alrededor de las veinte semanas basados en supuestas limitaciones técnicas; prácticas de dilación del proceso o de procurar el desistimiento; fallas en la atención a víctimas de violencia sexual en las que se privilegia lo judicial sobre el restablecimiento de derechos.

- Empresas Promotoras de Salud (EPS): debilidades en la gestión del riesgo; barreras administrativas; exigencia de requisitos adicionales que dilatan el tiempo de atención.

- Direcciones Territoriales de Salud: falta de vigilancia y control; desconocimiento por parte de los referentes de sus competencias e imposición de posturas personales en el desarrollo de sus funciones.

Marco legal

Desde 2006, en Colombia, la Corte Constitucional despenalizó la IVE en tres circunstancias mediante la sentencia C-355: peligro para la vida o la salud de la mujer, malformaciones fetales incompatibles con la vida, violación o incesto. Este marco normativo se abstuvo de fijar un límite a la edad gestacional, buscando consistencia con los derechos fundamentales de las mujeres y previendo las posibles razones para la interrupción tardía de un embarazo (11). En ningún caso se trata de un "vacío legal" sino de una postura consiente de no sacrificar valores constitucionales importantes en ningún momento del embarazo.

Respecto a las solicitudes de IVE en embarazos cercanos al término, la Corte Constitucional señala que la decisión debe tomarse haciendo una ponderación de la causal de que se trate, la condición física y mental de la mujer y, sobre todo, de su deseo. Con esto se reconoce la existencia de situaciones en las que la terminación del embarazo cercano al término debe garantizarse para salvaguardar los derechos fundamentales de las mujeres (12). Ningún acto administrativo o ley posterior puede actuar como limitante de este derecho. Las regulaciones o reglamentaciones que se hagan no podrán restringir la edad gestacional porque el derecho de las mujeres a la vida, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad no cambian con el avance de la gestación.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en su sentencia T-841/2011 eleva la interrupción voluntaria del embarazo a derecho fundamental de las mujeres al estar íntimamente ligada al derecho a la vida, a la salud, a la integridad y a la dignidad. Así mismo, hace claridad sobre las implicaciones de la causal salud y ratifica que el único requisito exigible para corroborarla es un certificado un médico o de un psicólogo en caso de afectación de la salud mental. De igual manera, enfatiza en el concepto de salud más allá de la salud física y el peligro para la vida (13).

En comparación con otras legislaciones del mundo, y en especial de América Latina, el marco legal colombiano puede considerarse garantista pues es una de las legislaciones más avanzadas del continente. Esta legislación no establece un límite a la edad gestacional para la IVE. Sin embargo, y lamentablemente, este marco legal no se ha traducido en un verdadero acceso al derecho para las mujeres. Miles de embarazos siguen interrumpiéndose en condiciones inseguras y las mujeres continúan arriesgando su salud y su vida (10).

Respecto a la edad gestacional, existen varios países que la regulan. Esta regulación va desde la semana ocho hasta la semana 24 e incluye modelos en los que el límite es diferencial dependiendo de las causales. No obstante, el denominador común para esta regulación es que no existe ningún argumento científico ni tecnológico para la definición de los límites. Más bien, son una imposición resultado de la pugna política entre los sectores de la sociedad que abogan por los derechos de las mujeres y los sectores conservadores o religiosos que siguen interviniendo en las políticas de los Estados. La experiencia muestra que cuando se establecen dichos límites, estos sectores continúan presionando para reducirlos lo que trae como consecuencia que las barreras de acceso en el primer trimestre se convierten en una negación generalizada del derecho (14) (15) (14).

Una revisión realizada en 2010 de las leyes sobre IVE en el segundo trimestre en 191 países encontró que, en tres de ellos, no existe el derecho bajo ninguna circunstancia. De los 188 restantes en 58 solo se permite por la causal vida, es decir, ante la posibilidad inminente de muerte. 57 de los 58 están entre los más pobres y poblados del mundo y, en ellos, el acceso a la salud y a los derechos reproductivos es limitado y la condición social de las mujeres es inferior (15).

El 67% los países que autorizan la IVE después del primer trimestre, solo la contemplan en caso de peligro para la vida. En los países en los que se incluye también el riesgo para la salud, solo el 25% tiene en cuenta la salud mental. En un tercio de estos países, la IVE se autoriza por malformaciones fetales con variaciones sobre la gravedad del compromiso fetal y en un cuarto de ellos se autoriza cuando la gestación es resultado de abuso o violación con diversos requisitos legales. Solo la quinta parte de estos países autoriza la IVE por razones socioeconómicas o solicitud de la mujer.

En la mayoría de legislaciones revisadas, la edad gestacional no se limita cuando se trata de peligro para la vida o la salud física de la mujer. Sin embargo, cuando se trata de proteger la salud mental o social, o el deseo de la mujer, cerca de la mitad de las legislaciones establecen límites con rangos muy variables comprendidos entre las 16 y las 32 semanas. Esta variabilidad da cuenta de que no existe un fundamento científico o médico para el establecimiento de dichos límites (15).

En conclusión, la realidad de la batalla por el acceso a la IVE, aunque incorpora elementos científicos y jurídicos, es que no es legal ni se trata de un conflicto que pueda resolver la ciencia. Se trata, más bien, del lugar de las mujeres en la sociedad y la autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas. Por eso, las legislaciones son un reflejo de la situación general de las mujeres y no un resultado de la ciencia ni del derecho.

Razones para la IVE después del primer trimestre

En Colombia, una de las barreras más importantes para la prestación de los servicios de IVE, en particular en edades gestacionales avanzadas, es el no reconocimiento de las razones de las mujeres para interrumpir el embarazo y la ponderación de las mismas por parte de los profesionales de la salud según su propio marco de valores y su código de conducta moral. Suele considerarse que las razones de las mujeres no son serias, válidas o suficientes, y se realizan juicios morales sobre la decisión de interrumpir el embarazo y sobre la demora en solicitar el procedimiento. Se producen tensiones entre el código moral del profesional y la mujer que solicita el servicio y, en muchas ocasiones, lo primero se antepone a lo segundo. Las mujeres que solicitan una IVE después del primer trimestre son estigmatizadas, aunque sus razones sean morales y conscientes.

Las mujeres que toman la decisión de terminar un embarazo pueden tener miedo y sentimientos ambivalentes porque es una decisión importante para sus vidas que incorpora aspectos espirituales, médicos y éticos. Su determinación está marcada por el espíritu de supervivencia y estos sentimientos no significan incapacidad de la mujer para tomar sus propias decisiones, pues solo ellas saben qué es lo mejor para sus vidas.

Para quienes compartimos esta posición, el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos y como persona capaz de tomar decisiones en su propio contexto vital, es un principio fundamental. Partimos del reconocimiento de que toda mujer ABORTA POR UNA RAZÓN válida y legítima y, por ende, no debe ser cuestionada por quienes tienen el deber de garantizarle sus derechos… Muchas veces se parte del concepto de que la mujer que solicita una IVE tardía es una persona irresponsable que estuvo esperando que pasara el tiempo sin ninguna justificación. Sin embargo, esto no es así, toda vez que las mujeres viven en contextos muchas veces difíciles de comprender para los profesionales que las atienden: algunas viven en contextos de marginación, pobre acceso a la información y a la educación, barreras geográficas, violencia intrafamiliar, situaciones de conflicto armado, situaciones excepcionales de salud (obesidad, miomatosis, supuesta infertilidad) y cambios inesperados en un embarazo que planeaban continuar (abandono de la pareja, pérdida del empleo, diagnóstico de una enfermedad o detección de malformaciones).

Un mito bastante extendido es que la mujer que busca una IVE decidió deliberadamente no utilizar métodos anticonceptivos. Sin embargo, esta aseveración desconoce las

barreras de acceso a la anticoncepción que parten de la falta de información, los prejuicios sobre el uso de algunos métodos, las asesorías de mala calidad por parte de los profesionales, la falta de oportunidad en el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad limitada de métodos en su contexto local, las opciones limitadas en mujeres con riesgos para uso de anticoncepción hormonal y, en algunos casos, las presiones de su pareja o sus familiares para evitar su uso. Entre las mujeres que logran acceder a un método pueden presentarse fallas del mismo, aun en condiciones de uso ideal y, en mayor medida, si la mujer no tuvo una adecuada asesoría para usarlo. Todo esto se asocia con solicitudes tardías de IVE pues las mujeres que usan anticonceptivos no esperan quedar embarazadas y tardan en darse cuenta, con mayor razón si la amenorrea es esperable para el método, como por lo general sucede con los métodos hormonales a base de progestágenos (16) (17) (18) (19).

En el siguiente cuadro se enuncian algunas de las razones por las que una mujer puede solicitar una IVE en una etapa tardía del embarazo. Revisar esta información es importante para poner la situación en contexto. Sin embargo, en ningún momento puede utilizarse como una lista de causales que pretenda excluir a otras mujeres con situaciones no enunciadas aquí (20) (2) (21) (9).

Mujeres que desconocían su estado de embarazo	Mujeres que conocían su estado de embarazo y toman la decisión de interrumpirlo posteriormente	Mujeres que sabían de su embarazo y tomaron la decisión tempranamente pero tuvieron barreras de acceso
• Por bajo nivel educativo no identificaron tempranamente los signos de embarazo o tuvieron un falso negativo. • Su médico les dijo que eran infértiles. • El médico les dijo que no estaban embarazadas para evitar que solicitaran un aborto. • Condiciones de salud que confundieron los signos de embarazo como obesidad, miomatosis, ovarios poliquísticos, trastornos menstruales. • Perimenopausia, pubertad, lactancia. • Uso de anticonceptivos. • Fueron abusadas sexualmente bajo efecto de drogas y alcohol. • Farmacodependientes y/o en situación de calle que no tienen posibilidad de autocuidado.	• El feto es diagnosticado con una malformación en el segundo trimestre. • La mujer o un familiar cercano es diagnosticada con una enfermedad grave como cáncer o SIDA durante el embarazo o una enfermedad preexistente se agrava. • Es despedida del trabajo o sacada de su casa, lo que cambia sus condiciones de existencia material. • Abandono de la pareja que inicialmente había estado presente. • Violencia intrafamiliar. • Tardó en tomar la decisión por sus propias contradicciones o creencias, sentimientos de culpa, baja autoestima y pobre empoderamiento de su proyecto de vida, etc. • Esperaba un cambio en la situación para tomar la decisión (conseguir un empleo, mejorar de su enfermedad).	• Nunca escuchó hablar de sus derechos. • Pensaba que el aborto era peligroso, tenía miedo. • Un profesional de la salud o administrativo le dijo que ella no tenía derecho. • Le exigieron requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional como conceptos de nuevos profesionales, juntas médicas o nuevos exámenes. • Vive en una zona apartada geográficamente. • Aislada por violencia doméstica o social. • Su familia o pareja intentaron impedir que accediera a un aborto. • Temía denunciar al violador. • No tenía quien cuidara los niños para ir a consultar.

Evidencia científica sobre los límites de edad gestacional para practicar una IVE

Impacto de los marcos legales en la salud de las mujeres

Las IVE realizadas por personal entrenado y en condiciones seguras tienen una tasa de complicaciones inferior al 0,3%. Esta cifra desmitifica la creencia de que ese trata de un procedimiento peligroso. Sin embargo, las interrupciones inseguras, en particular de

segundo trimestre, tienen importantes tasas de complicaciones, en especial para las mujeres jóvenes, pobres y rurales que son, al mismo tiempo, las que tienden a aplazar la decisión de IVE por razones psicosociales o económicas (2) (1).

Garantizar el acceso a la IVE es, tal vez, una de las principales formas de disminuir la cantidad de solicitudes tardías. No obstante, solo el 13% de las mismas puede evitarse garantizando acceso pleno en el primer trimestre, como lo demuestra un estudio realizado en Inglaterra (22) o la historia natural de la demografía del aborto luego de la despenalización en países como Estados Unidos y el Reino Unido, en los que gradualmente disminuyó la tasa de interrupciones tardías en la medida en que mejoró el acceso temprano. Esta tasa luego se estabilizó en una tasa mínima y constante de aproximadamente 10%. Aunque se garantice acceso pleno durante el primer trimestre, las mujeres van a seguir necesitando IVE tardías por todas las razones sociales y económicas expuestas antes. Estas razones no van a desaparecer fácilmente en el caso de mujeres habitantes de calle con problemas graves de farmacodependencia y tampoco van a desaparecer las razones no prevenibles como la posibilidad de enfermarse estando ya embarazada o el diagnóstico de malformaciones fetales.

De hecho, cuando el derecho a la IVE se limita al primer trimestre, se limita también el acceso al servicio por parte de las mujeres más pobres, más jóvenes, menos educadas o sin empleo, según un estudio realizado en Mozambique (23). Estas condiciones posiblemente se replicarían en Colombia y serían una barrera adicional para las mujeres que viven en zonas de conflicto armado, apartadas geográficamente o pertenecen a comunidades indígenas, para quienes el acceso al sistema de salud es, de por sí, limitado. Las mujeres con mayores recursos y mayor educación tienen más posibilidad de conocer sus derechos y exigirlos, pagar un servicio clandestino pero seguro o simplemente están menos expuestas a las razones para consultar tardíamente debido a que tienen un mayor acceso a la información y a los servicios de salud.

Las políticas restrictivas sobre la IVE después de la semana 24 tienen consecuencias negativas en la vida de las mujeres más vulnerables para las cuales la carga del hijo no deseado y/o enfermo es mayor, dada su situación previa de vulnerabilidad, según concluye la Conferencia Internacional de Aborto en el Segundo Trimestre llevada a cabo en 2007 (14) (1).

Según un estudio, las mujeres a quienes se les negó una IVE por razones de edad gestacional tuvieron mayor probabilidad de sufrir un episodio de violencia intrafamiliar después de un año (7% versus 3%) respecto a las que interrumpieron el embarazo. Así mismo, estas mujeres tuvieron niveles de estrés percibido significativamente menores que quienes no accedieron a la IVE. La afectación de la salud mental y social a largo plazo en

mujeres que continúan el embarazo no deseado contribuye a aumentar la brecha de pobreza y desigualdad de las mujeres más vulnerables (14) (24).

Definiciones y conceptos clínicos clave sobre IVE y edad gestacional

Definición de aborto:

Uno de los argumentos utilizados para limitar la edad gestacional es la definición de aborto espontáneo de los libros clásicos de obstetricia. Esta definición se refiere a una entidad clínica que se limita a las 22 semanas o a los 500 gramos. Sin embargo, la definición misma es arbitraria y obedece más a un acuerdo para unificar la nomenclatura que a postulados científicos que demuestren la diferencia entre un feto de 22 y uno de 23 semanas. No obstante, quienes se oponen a los derechos de las mujeres se fundamentan en estas definiciones para argumentar que no puede existir derecho al aborto por encima de las 22 semanas. A diferencia de esta definición, el aborto inducido se define como la terminación voluntaria del embarazo para que el embrión o feto no sobreviva, independientemente de la edad gestacional, y así lo reconoce la OMS. Por lo tanto, ningún procedimiento de IVE debe llevar al nacimiento de un producto vivo (25). Para evitar la confusión entre aborto espontáneo e inducido, preferimos referirnos a Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Viabilidad fetal:

Aunque no existe una definición clara de lo que significa la viabilidad fetal, puede pensarse que ésta se refiere a la capacidad de salvar la vida de un neonato vivo y deseado. Con los avances tecnológicos, esta edad gestacional es cada vez menor y, en ningún caso, debe utilizarse como referencia para limitar el acceso a una IVE en la que no se espera el nacimiento de un producto vivo. Además, esta viabilidad depende del acceso a unidades de cuidado intensivo y de la condición socioeconómica de las familias para hacerse cargo de las necesidades del recién nacido pretérmino (26) (27). Los avances de la ciencia no pueden ser utilizados para negar los derechos a las mujeres y nunca debe confundirse la IVE con un parto adelantado que puede ser necesario en caso de patologías en mujeres con embarazos deseados.

Dolor fetal:

La respuesta motora del feto desde etapas tempranas del embarazo puede llevar a la conclusión de que el feto tiene la capacidad de sentir dolor. Sin embargo, la evidencia disponible demuestra que las conexiones nerviosas al cerebro cortical, que es donde se experimenta el dolor, solo empiezan a formarse a las 26 semanas y están desarrolladas sobre las treinta semanas (28) (29). Adicionalmente, el dolor es una experiencia neurosensorial relacionada con el desarrollo de la conciencia que solo puede existir como respuesta emocional posterior al nacimiento y a los eventos que vive el recién nacido

como ser humano. El feto no tiene la posibilidad de experimentar esta respuesta emocional (30) (31) (32).

La certeza de la edad gestacional:

Cuando se pone un límite de tiempo para la IVE se está partiendo de una falsa certeza sobre la edad gestacional. Cuando la edad gestacional se calcula por ecografía de segundo trimestre puede tener hasta dos semanas de error. Así, una gestación de 24 semanas por ecografía de segundo trimestre puede en realidad tener 22 por lo que si 22 semanas fuera el límite, muchas mujeres verían socavados sus derechos por el margen de error de la ecografía. Muchas otras circunstancias podrían impedir el acceso de una mujer a una IVE en los casos en que existen límites a la edad gestacional, incluidos elementos accidentales como, por ejemplo, obtener una cita un día después de cumplir la edad límite.

Técnicas para IVE en embarazos avanzados y su seguridad

La evidencia científica, reconocida por la OMS, demuestra las ventajas de las técnicas quirúrgicas por dilatación y evacuación (DyE) sobre la inducción con medicamentos. Aunque ambos procedimientos realizados por personal entrenado son más seguros incluso que un parto a término, la DyE tiene importantes ventajas: no requieren hospitalización, ocasionan menor dolor, menor incapacidad y menores costos, y permiten mayor privacidad. En promedio, una IVE quirúrgica puede tardar de quince a veinte minutos en comparación con un promedio de 24 horas de la inducción, la cual puede tardar incluso varios días y exponer a la mujer a dolor, molestias y a la posibilidad de sufrir discriminación por parte de prestadores de salud, dado el tiempo que debe permanecer internada y la posible exposición a diferentes turnos de personal que no siempre comprenden su situación (33).

En Colombia no se practica el método quirúrgico por ausencia de entrenamiento en las universidades tanto en pregrado como en posgrado. En muchos casos, esta situación se ha convertido en una barrera para la prestación del servicio. Adicionalmente, no se cuenta con la Mifepristona (no registrada en el país) lo que aumenta el tiempo necesario, ya que la inducción se hace con Misoprostol solo en ocasiones seguido de Oxitocina. Luego se realiza un curetaje cortante, muchas veces innecesario y ampliamente desaconsejado por la evidencia como método de evacuación uterina (33) (2). Sin embargo, la ausencia de métodos quirúrgicos no es una razón suficiente para la negación del servicio, el cual debe continuar prestándose en las instituciones con el método disponible que, en el caso de Colombia, suele ser únicamente la inducción con medicamentos.

La inducción previa de la muerte fetal intrauterina es recomendada en caso de IVE en edades gestacionales superiores al límite de la viabilidad. Esta conducta está avalada por

la *Guía de aborto sin riesgo* de la OMS, por varios artículos científicos y por la Academia ACOG con el fin de evitar situaciones ética o emocionalmente tensas ante la expulsión de un feto con vitalidad (34). Actualmente, en Colombia se cuenta con la tecnología y el entrenamiento requeridos para este procedimiento aunque no está disponible ni es muy difundido. No obstante, este servicio les es negado a las mujeres e, incluso, existen casos en los que se ha documentado adelantamiento del parto con la sobrevivencia del producto. Este procedimiento en ningún momento se constituye en una IVE y, claramente, no cuenta con un soporte legal ni ético como se evidenció en el caso objeto de la sentencia T-959 de 2011, en el que a una mujer con afectación de la salud por graves malformaciones fetales, luego de varias semanas de dilación injustificada y exigencia de requisitos inconstitucionales, se le realizó una cesárea con recién nacido vivo, hecho que afectó, de manera irreparable, su vida, su salud y la de su hijo (35) (36).

Posición de las firmantes frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la edad gestacional

Consideramos a las mujeres como sujetos de derechos y éstos como prevalecientes sobre la vida en formación. Sin que otorguemos poco o nulo valor a ésta, anteponemos la vida de la persona formada, la mujer.

- Reconocemos el derecho de la mujer a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo, su sexualidad y su maternidad. El valor de la mujer y sus derechos no cambian con relación a la edad gestacional. En ese sentido, defendemos el marco jurídico colombiano como un marco garantista en cuanto a la decisión de no limitar la edad gestacional para el derecho a la IVE y consideramos que establecer dicho límite iría en contravía de varios principios constitucionales y, en general, del espíritu de la sentencia C-355 de 2006.

- Entendemos el aborto inducido como la terminación voluntaria del embarazo y no lo circunscribimos en los límites de la definición de aborto espontáneo. Por ello, nos oponemos a que los avances científicos en reanimación neonatal sean utilizados como argumento para restringir o reglamentar el derecho a la IVE. Preferimos utilizar el término Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para no dar lugar a confusiones.

- Reconocemos que existen razones válidas para solicitar un servicio de IVE en edades gestacionales avanzadas y que solo la propia mujer en su contexto puede ponderar la validez de esas razones. Ni los profesionales de la salud ni el Estado pueden imponer sus valores a las mujeres y obligarlas a la continuación forzada del embarazo.

- La continuación forzada del embarazo es reconocida por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional como una forma de tortura y, por lo tanto, cualquier norma que limite la edad gestacional para la IVE puede constituir una forma de tortura para las

mujeres a quienes el derecho les es negado, en particular en el marco del conflicto armado o en las condiciones de vulnerabilidad que caracterizan a las mujeres que solicitan interrupciones tardías (37).

- El acceso pleno a la IVE en condiciones seguras en el primer trimestre es indispensable como garantía de los derechos de las mujeres. Sin embargo, la IVE en edades gestacionales avanzadas seguirá siendo una necesidad para las mujeres, dado el aumento de las técnicas de diagnóstico prenatal y dadas ciertas situaciones inevitables como el desarrollo de enfermedades o el agravamiento de las mismas; los cambios en la situación social y económica de la mujer embarazada y el hecho de que mujeres, aun en condiciones de acceso óptimo, consultan tardíamente, por ejemplo, las mujeres víctimas de violencia y las farmacodependientes en situación de calle para quienes es más grave la carga del nacimiento de un hijo no deseado.

- Colombia se encuentra atravesando la transición natural de los países que despenalizan la IVE, con un incremento inicial de las tasas de IVE tardías mientras se mejora el acceso en general. El objetivo es llegar a la tasa más baja posible de IVE tardía y garantizar servicios de calidad para quienes todavía los requieran.

- Restringir la IVE a una determinada edad gestacional solo lograría aumentar las complicaciones, secuelas y muertes derivadas de las IVE inseguras, dado que éstas son mayores cuando es más avanzado el embarazo lo que, además, impone una carga desproporcionada para el sistema de salud cuando, finalmente, se atienden las complicaciones. Las mujeres más afectadas serían las mujeres jóvenes, las más pobres, las desplazadas, las campesinas y las de menor nivel educativo. Además, estos límites arbitrarios exponen a las mujeres a dilaciones intencionales del proceso con el fin de que alcancen la edad gestacional límite.

- No es cierto que la IVE posterior al primer trimestre sea peligrosa. Si bien la IVE en gestaciones avanzadas tiene mayor riesgo que en el primer trimestre, este riesgo sigue siendo menor cuando se le compara con el de un parto a término.

- Si la inducción con medicamentos es la única técnica disponible, no hay razones técnicas para negar los servicios entre las 20 y las 23 semanas en instituciones con la infraestructura necesaria para atender partos o, incluso, en aquellas que no brindan el servicio de inducción de muerte fetal, en el entendido de que la posibilidad de sobrevivencia en estas edades gestacionales es nula. En edades gestacionales más avanzadas se debe contar con las técnicas adecuadas.

- Dado que la garantía del derecho a la salud incluye la prohibición de poner en riesgo la salud de las mujeres y el acceso a procedimientos seguros (38), el Estado debe

garantizar el derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo en todas las edades gestacionales que se requiera. Si fuera necesario, para ello se debe disponer de centros especializados para la atención de edades gestacionales avanzadas teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, la incomodidad que supone para muchos médicos el procedimiento de IVE tardía, la necesidad de capacitación en métodos quirúrgicos y la importancia de brindar a la mujer un servicio con calidad y dignidad.

- Se entiende, por lo tanto, que algunas instituciones establezcan límites técnicos de acuerdo con su capacidad instalada y las habilidades de sus profesionales, mientras se garantice el acceso al derecho en centros especializados. La carga que acarrea el hecho de que el Estado o el sistema de salud no cuenten con personal capacitado para prestar servicios tardíos no puede recaer sobre las mujeres.

- Reconocemos el derecho de los objetores de conciencia a no ser obligados a actuar en contra de sus principios o valores morales. Sin embargo, se deben diferenciar las profundas convicciones religiosas, morales o políticas que fundamentan la objeción de conciencia de la sensación de incomodidad emocional al realizar procedimientos de IVE tardía. Las limitaciones técnicas o emocionales no constituyen fundamento para la objeción de conciencia y mucho menos para negar un servicio necesario para preservar la vida y la salud de una mujer.

Recomendaciones para garantizar el derecho a la IVE en edades gestacionales avanzadas

Combatir las barreras

Es claro que la existencia del derecho o de la norma en sí misma no garantiza su cumplimiento, en este caso el acceso pleno, oportuno y digno de las mujeres a la IVE en edades gestacionales avanzadas en el marco de las tres causales reconocidas por la ley. Las mujeres enfrentan innumerables barreras que es necesario superar y, en ese sentido, hacemos las siguientes recomendaciones:

- Debe garantizarse la prestación de los servicios: es necesario disponer de servicios especializados con el entrenamiento y las condiciones técnicas y de infraestructura necesarias para la prestación de servicios de IVE sin límites para la edad gestacional y bajo condiciones dignas y de calidad. Es importante crear una red de proveedores de servicios y asistencia técnica en gestaciones avanzadas y fomentar la atención integral a víctimas de violencia sexual que incluyan necesariamente la anticoncepción de emergencia y la información sobre el derecho a la IVE.

- Es clave incidir en la formación profesional: en todos los trimestres de los programas de pregrado y posgrado en ciencias de la salud debe incluirse lo referente a la

legislación y a las técnicas para la IVE. Igualmente, estos tópicos deben ser parte de los programas de medicina y del posgrado de ginecobstetricia. También debe hacer parte de la formación en ciencias de la salud la aplicación de diversas técnicas, incluidas las quirúrgicas, en etapas avanzadas del embarazo. Es recomendable establecer la obligatoriedad de realizar un entrenamiento en esta materia previo a la prestación del servicio social obligatorio. Debe promoverse la posibilidad de realizar pasantías en el exterior con recursos del Estado para la formación de médicos colombianos que luego puedan impartir la formación localmente. También debe reforzarse la capacitación de todo el personal de las IPS públicas y privadas.

Además del entrenamiento técnico, se recomienda capacitar al personal asistencial en humanización y sensibilización sobre las razones por las que las mujeres solicitan una IVE tardíamente.

- Es necesario difundir información para la exigencia del derecho por parte de las mujeres: esto significa crear mecanismos reales y efectivos para que las titulares del derecho, es decir, las mujeres, adolescentes y niñas colombianas conozcan su derecho a la IVE bajo las tres causales. La causal salud debe explicarse de forma integral para que ellas tengan la capacidad de exigir una IVE con base en ello y soliciten el servicio oportunamente. La primera barrera de acceso es el desconocimiento de la información pertinente y muchas mujeres practican una IVE en condiciones inseguras pues no saben que pueden acudir al sistema de salud o son desinformadas por personal poco entrenado. Se sugiere realizar comerciales de televisión y educación en instituciones educativas, entre otras acciones de comunicación e información, dando así cumplimiento a lo ordenado por la sentencia T-388/2009 (39).

- Es clave fortalecer los servicios anticonceptivos: para ello deben proveerse no solo todos los métodos disponibles sino que también debe ofrecerse capacitación para su uso correcto y adecuado con base en criterios de eligibilidad y en una asesoría balanceada y asertiva.

- Es necesario fortalecer los organismos de control, los sistemas de información y el acompañamiento de las autoridades sanitarias y legales: esto implica brindar asesoría a distancia, establecer centros de recepción de consultas para las mujeres y los proveedores, al igual que líneas telefónicas para las mujeres y los prestadores, etc. Es preciso trabajar en la identificación de patrones comunes en los casos de las mujeres que solicitan una IVE tardía con el fin de determinar las rutas de acción para agilizar la prestación del servicio. De igual manera, debe incentivarse a las mujeres y al mismo personal de salud a denunciar las irregularidades en la prestación del servicio, las negaciones del mismo o las conductas expresamente prohibidas como los mecanismos de control social.

- Es preciso regular el ejercicio de la objeción de conciencia: esto debe hacerse para proteger la libertad de conciencia de quienes lo esgrimen sin que se convierta en un argumento para la negación de servicios y la violación de los derechos de las mujeres.

- Deben protegerse la integridad y los derechos de los prestadores: esto significa facilitar el ambiente para que los/as médicos/as que estén dispuestos a practicar una IVE en gestaciones avanzadas, puedan realizarla sin barreras y dispongan de condiciones para entrenarse, actualizarse y prestar el servicio sin poner en riesgo su integridad, su prestigio o su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh S et al. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher Institute, 2009.

2. Prada E. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. New York: Guttmacher Institute, 2011.

3. OMS. Serie de informes técnicos 871. *Métodos médicos de interrupción del embarazo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.

4. Department of Health, England. *Statistical Bulletin: Abortion Statistics. England and Wales 2006. 2007.*

5. *Abortion-related Morbidity and Mortality in Benin City, Nigeria: 1973-85*. Unuigbe JA et al. Junio de 1998, International Journal Gynaecologic Obstetrics, Vol. 26, págs. 435-9.

6. *Second Trimester Abortion by Dilatation and Evacuation: an Analysis of 11.747 Cases.* Peterson WF. 62, 1983, Obstet Gynecol, págs. 185-90.

7. "Routine Intraoperative Ultrasonography for Second Trimester Abortion Reduces Incidence for Uterine Perforation." Darney PD. 8, 1989, Journal Ultrasound Med, págs. 71-75.

8. "Dilatation and Evacuation at R20 weeks: Comparison of Operative Techniques." Chasen ST. 2004, American Journal of Obstetrics and Gynecology, págs. 190: 180-3.

9. *Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World*. J, Bomgaarts. 1997, Stud Fam Plan, págs. 28: 267-77.

10. *Dilación y barreras al acceso al aborto en mujeres quienes acuden a un IVE en el primer y segundo trimestre de embarazo*. Baum S, DePiñeres T. New York: s.n., 2012. Reunión Anual de NAF.

11. Sentencia C- 355. s.l.: Corte Constitucional de Colombia, 2006.

12. Circular externa. *Instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo*. 610102, s.l.: Superintendencia Nacional de Salud, 26 de 04 de 2013.

13. Sentencia T-841. s.l.: Corte Constitucional de Colombia, 2011.

14. *International Conference on Second Trimester Abortion: Recommendations 29-31 March 2007*. 31, 2008, Matters of Reproductive Health, Vol. 16, págs. 205-206.

15. *Second Trimester Abortion Laws Globally: Actuality, Trends and Recommendations*. Boland R. 18, noviembre de 2010, Reprod Health Matters, Vol. 36, págs. 67-89.

16. *Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales*. Ingham R et al. 2008, Reproductive Health Matters, págs. 16 (31 suplement): 18-29.

17. *Factors Influencing Percentage of Second Trimester Abortion in Netherlands*. Loeber O et al. 2008, Reproductive Health Matters, págs. 16 (sup 31): 30-36.

18. *DOH. An Investigation of British Pregnancy Advisory Service BPAS. Response to Requests for Late Abortion*. s.l. : Department of Health UK, 2005.

19. *Timing of Steps and the Reasons for Delays in Obtaining Abortions in the United States*. Finer L et al. 2006, Contraception, págs. 74: 334-44.

20. *Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester*. Drey et al. 2006, Obstet Gynecol, págs. 107:128-35.

21. International, Marie Stopes. *Late Abortion: A Research Study of Women Undergoing Abortion between 19 and 24 Weeks Gestation*. London MSI. [En línea] 2005. [Citado el: 20 de 10 de 2014.] www.mariestopes.org.uk/documents/lateabortion.

22. *Late Presentation for Abortion.* George A et al. 1996, British Journal of Family Planning, págs. 22: 12-15.

23. *Who is Excluded When Abortion Access is Restricted to Twelve Weeks? Evidence from Maputo, Mozambique*. Momade BU et al. 31, supplement, mayo de 2008, Reproductive Health Matters, Vol. 16.

24. *Perceived Stress and Emotional Social Support among Women who are Denied or Receive Abortions in the United States: a Prospective Cohort Study*. Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. 19 de junio de 2014, BBC Womens Health, Vol. 14, pág. 76. doi: 10.1186/1472-6874-14-76.

25. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. [En línea] 2012. [Citado el: 20 de 10 de 2014.] www.who.int/iris/bitstream/10665/77079717978924354843 2_SPA.pdf.

26. *Extremely Preterm Birth Outcome: a Review of Four Decades of Cognitive Research*. Baron IS et al. 2010, Neuropsychol Rev, págs. 20(4) 430-52.

27. Committee, House of Commons Science Technology. *Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967 Twelveth Report of Session 2006-07 vol 1*. London: s.n., 1967.
28. Fetal Pain: a Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. Lee SJ et al. 2005, JAMA, págs. 294: 947-54.

29. *The Importance of "Awareness" for Understanding Fetal Pain*. Mellor DJ et al. 2005, Brain Res Rev, págs. Nov 49(3(: 455-71.

30. *Fetal Pain: Do we Know Enough to Do the Right Thing?* Derbyshire SW et al. 2008, Rreprod Health Matters, págs. May (16) 31 supl: 117-26.

31. *The Definition of Pain*. H, Merskey. 1991, Eur Psychiatry, págs. 6:153-9.

32. *Fetal Awareness. Review of Research and Recommendations for Practice*. RCOG. 2010, Royal Collerge of Obstetricians an Gynecologiste, pág. Londres.

33. OMS.BSR. Métodos quirúrgicos vs médicos para la inducción del aborto en segundo trimestre. [En línea] [Citado el: 21 de 10 de 2014.] http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/CD006714_chengl_com/es/.

34. *The Care of Women Requesting Induced Abortion Evidence-Based Clinical Guideline. RCOG*. 2004, Royal Colleger of Obstetricians ang Gynaecologists, pág. N.7.

35. *Protocolo: interrupción legal de la gestación*. Gómez, Olga. 2006, Hospital Clínica de Barcelona.

36. Sentencia T-959. s.l. : Corte Constitucional de Colombia, 2011.

37. CPI. Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional/Armados, Representante Especial del Secretariado General para la Cuestión de los Niños y los Conflictos. [En línea] 17 de julio de 1998. [Citado el: 21 de 10 de 2014.] https://childrenandarmedconflict.un.org/keydocuments/spanish/romestatuteofthe7.htm

38. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Human Rights Library. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general 14, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea] 2000. [Citado el: 18 de 11 de 2014.] http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm.

39. Sentencia T388. s.l. : Corte Constitucional de Colombia, 2009.